

UNIVERSITÉ DE BORDEAUX

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

1931-1932. — N° 36

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DE

L'ÉPIDIDYMITÉ TUBERCULEUSE PRIMITIVE CHEZ LE VIEILLARD

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

présentée et soutenue publiquement le Vendredi 11 décembre 1931

PAR

Jacques-Clément-Valentin BERTHON

ÉLÈVE DU SERVICE DE SANTÉ DE LA MARINE.

Né à MATHA (Charente-Inférieure), le 15 janvier 1908.

Examineurs de la Thèse	{	MM. DUVERGEY, professeur.....	Président.
		CHAVANNAZ, professeur.....	Juges.
		JEANNENEY, agrégé.....	
		AUBERTIN, agrégé.....	

BORDEAUX

IMPRIMERIE DE L'ACADÉMIE ET DES FACULTÉS

Y. CADORET

3, PLACE SAINT-CHRISTOLY, 3

1931

UNIVERSITÉ DE BORDEAUX

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

1931-1932. — N° 36

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DE

L'ÉPIDIDYMITÉ TUBERCULEUSE PRIMITIVE CHEZ LE VIEILLARD

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

présentée et soutenue publiquement le Vendredi 11 décembre 1931

PAR

Jacques-Clément-Valentin BERTHON.

ELÈVE DU SERVICE DE SANTÉ DE LA MARINE.

Né à MATHA (Charente-Inférieure), le 15 janvier 1908.

Examineurs de la Thèse

{	MM. DUVERGEY, professeur.....	<i>Président.</i>
	CHAVANNAZ, professeur.....	{ <i>Juges.</i>
	JEANNENEY, agrégé.....	
	AUBERTIN, agrégé.....	

BORDEAUX

IMPRIMERIE DE L'ACADÉMIE ET DES FACULTÉS

Y. CADORET

3, PLACE SAINT-CHRISTOLY, 3

1931

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE BORDEAUX

M. SIGALAS..... Doyen.

PROFESSEURS HONORAIRES :

MM. POUSSE, MOURE, PRINCETEAU, W. DUBREUILH, RIVIÈRE,
BARTHE, LE DANTEC, DENIGÈS, AUCHÉ

PROFESSEURS

MM.		MM.	
Clinique médicale.....	MAURIAC.	Zoologie et parasitologie.....	MANDOUL.
id.....	CASSAET.	Médecine expérimentale.....	DUPÉRIÉ.
Clinique chirurgicale.....	CHAVANNAZ.	Clinique ophtalmologique.....	TEULIÈRES.
id.....	BÉGOUIN.	Clinique chirurg. infantile et orthopédie..	ROCHER.
Pathologie et thérapeutiques générales...	CARLES.	Clinique gynécologique.....	GUYOT.
Clinique d'accouchements.....	ANDÉRODIAS.	Clinique méd. des maladies des enfants..	CRUCHET.
Anatomie pathol. et microscopie clinique.	SABRAZÈS.	Chimie biologique et médicale.....	DELAUNAY.
Anatomie.....	VILLEMEN.	Physique médicale et pharmaceutique....	SIGALAS.
Anatomie générale et histologie.....	G. DUBREUIL.	Médec. coloniale et clin. des mal. exotiques.	BONNIN.
Physiologie.....	PACHON	Clinique des malad. cutanées et syphilitiques	PETGES.
Hygiène.....	LEURET.	Clinique des maladies des voies urinaires.	DUVERGEY
Médecine légale et déontologie.....	LANDE.	Clinique des malad. nerveuses et mentales.	ABADIE.
Electroradiologie et clin. d'électricité médic.	RÉCHOU.	Clinique d'o-rhino-laryngologie.....	PORTMANN
Chimie.....	CHELLE.	Toxicologie et hygiène appliquée.....	LABAT.
Botanique et matière médicale.....	BEILLE.	Hydrologie thérapeutique et climatologie..	SELLIER.
Pharmacie.....	DUPOUY.		

MM MICHELEAU (Médecine générale). MURATET (Anatomie pathologique). GOLSE (Pharmacie).
LACOSTE (Histologie).

AGRÉGÉS EN EXERCICE :

MM.		MM.	
Anatomie.....	DUBECQ.	Chirurgie générale.....	PAPIN.
id.....	DUFOUR.	id.....	JEANNENEY.
Physiologie.....	FABRE.	id.....	CHARRIER.
Parasitologie et sciences naturelles.....	R. SIGALAS.	id.....	LOUBAT.
Médecine générale.....	GREYX.	Obstétrique.....	PERY.
id.....	AUBERTIN.	id.....	RIVIÈRE.
id.....	DAMADE.	Ophtalmologie.....	BEAUVIEUX.
id.....	PIÉCHAUD.	Dermatologie et syphiligraphie.....	JOULIA.
id.....	DELMAS-MARSALET.	Chimie générale pharmaceut. et toxicologie.	VITTE
Maladies mentales.....	PERRENS.		

COURS COMPLÉMENTAIRES :

MM.		MM.	
Clinique dentaire.....	CAVALIÉ.	Puériculture.....	FAUGÈRE.
Médecine opératoire.....	PAPIN.	Démonstrations et préparations pharmac..	GOLSE.
Accouchements.....	RIVIÈRE.	Zoologie et parasitologie.....	R. SIGALAS.
Ophtalmologie.....	CABANNES.		

Orthopédie chez l'adulte, pour les accidentés du travail, les mutilés de guerre et les infirmes. MM. N.
Cours complémentaire annexe. — Prothèse et rééducation professionnelle..... GOURDON

Par délibération du 5 août 1879, la Faculté a arrêté que les opinions émises dans les Thèses qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle entend ne leur donner ni approbation ni improbation



A LA MEMOIRE VENEREE DE MON PERE

LE DOCTEUR ROGER BERTHON

A LA MEMOIRE DE MON GRAND-PERE

V. BERTHON



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41548422_0019

A MA CHERE GRAND'MERE

Dont la bonté et l'indulgence sont
inépuisables.

A MA MERE

Faible témoignage de mon affection.

A MADEMOISELLE G. G.

A MES AMIS

A MES CAMARADES DE L'ECOLE DE SANTE NAVALE
ET EN PARTICULIER A CEUX DE L'EQUIPE

A MES JUGES

A MONSIEUR LE MÉDECIN GÉNÉRAL DARGEIN

*Directeur de l'Ecole principale du Service de santé
de la Marine et des Colonies,
Officier de la Légion d'honneur,
Croix de guerre,
Officier de l'Instruction publique.*

A MON PRESIDENT DE THESE

1 MONSIEUR LE PROFESSEUR J. DUVERGEY

*Professeur de Clinique des maladies des voies urinaires
à la Faculté de Médecine de Bordeaux,
Chirurgien des Hôpitaux,
Correspondant national de la Société de Chirurgie,
Membre titulaire de la Société française d'urologie,
Chevalier de la Légion d'honneur,
Officier de l'Instruction publique.*

Qui nous a fait l'honneur de présider
cette thèse.

Respectueux hommages et profonde re-
connaissance.



AVANT-PROPOS

Arrivé au terme de nos études, nous croirions manquer à nos devoirs si les premiers mots de cette thèse n'étaient pas pour adresser un hommage de reconnaissance à nos Maîtres de la Faculté et des Hôpitaux. Nous tenons à témoigner particulièrement notre gratitude à M. le Docteur Blanc, qui nous donna l'idée de ce modeste travail, nous communiqua trois observations et nous accueillit toujours avec son amabilité coutumière.

Nous voulons aussi remercier M. le Professeur Duvergey, qui nous a fait le grand honneur d'accepter la présidence de cette thèse.

CONTRIBUTION A L'ETUDE

DE

L'ÉPIDIDIMYTE TUBERCULEUSE PRIMITIVE

CHEZ LE VIEILLARD

HISTORIQUE

L'historique de la tuberculose du testicule date seulement du siècle dernier. Il fut fait dans les thèses d'Euvrard (Paris, 1893) et de Chevrolle (Paris, 1897). Nous nous dispenserons donc d'insister.

Disons seulement que, signalée pour la première fois par Bayle, en 1805, dans le *Journal de Corvisart*, cette affection fut surtout décrite en 1821 par Llyod. Viennent ensuite les travaux de Cooper, Bérard, Bermond, Ricord.

Cependant, jusqu'en 1854 la tuberculose testiculaire n'est signalée que comme une affection de l'adulte. A cette date, Dufour la décrit aussi chez l'enfant. Cet auteur a d'ailleurs le mérite de souligner (probablement sans le vouloir) la prédominance et l'importance des lésions épididymaires.

Viennent ensuite de nombreux travaux, parmi lesquels il convient de citer ceux de Curling, Prestat, Giraldes, Duplay, Despres et bien d'autres.

Enfin, en 1876, dans sa thèse, *Du tubercule du testicule et de l'orchite tuberculeuse*, Reclus met un point final à la symptomatologie.

Nous verrons dans l'étude de la pathogénie combien cette question est encore discutée.

Le traitement lui aussi suscita de nombreuses polémiques.

Partisans du traitement médical, interventionnistes à tout crin et défenseurs farouches d'opérations conservatrices s'affrontèrent durant le Congrès de chirurgie de 1899.

La lumière ne jaillit pas de leur discussion, et chacun demeura sur ses positions respectives.

De nos jours, si le traitement médical possède certes encore des partisans, les progrès de la technique opératoire font recourir beaucoup plus fréquemment à l'intervention chirurgicale, épидидymectomie ou castration.

Nous nous proposons de suivre le plan suivant :

- I. — *Introduction.*
 - II. — *Pathogénie.*
 - III. — *Anatomie pathologique.*
 - IV. — *Observations.*
 - V. — *Symptomatologie d'après ces observations.*
 - VI. — *Diagnostic différentiel.*
 - VII. — *Pronostic.*
 - VIII. — *Traitement.*
 - IX. — *Conclusions.*
 - X. — *Bibliographie.*
-

INTRODUCTION

Qu'est-ce que l'épididymite bacillaire? C'est l'atteinte de l'épididyme par le bacille de Koch. C'est une affection dont la nature et la fréquence, tant chez l'enfant que chez l'adulte, sont connues depuis longtemps.

Mais si l'épididyme d'un phtisique avéré, d'un tuberculeux rénal notoire, est un jour touché par le bacille de Koch, ce n'est là qu'une manifestation surajoutée de son imprégnation bacillaire. C'est l'épididymite secondaire, forme fréquente et connue, que nous n'étudierons point.

Au contraire, il est d'autres cas où la première attaque de la tuberculose se porte sur l'épididyme. L'épididymite est alors l'accident initial d'un mal insoupçonné jusqu'alors. C'est là l'épididymite bacillaire primitive. Mais ne serait-ce pas là une simple vue de l'esprit? Cette forme pathogénique existe-t-elle réellement?

Si on la trouve chez l'enfant et chez l'adulte, peut-on aussi la rencontrer chez le vieillard?

Nous allons essayer de répondre à ces différentes questions.

Reclus, dès 1876, attirait l'attention des auteurs sur ce point de localisation unique. Le Professeur Villar, en 1894, revenait sur cette notion, et les Docteurs Bouley et Thorndike publiaient, en 1902, dans *The Boston medical and surgical Journal*, les chiffres suivants :

Sur 75 cas de tuberculose génitale, 39 sont absolument sans aucun antécédent morbide.

De même, en 1906, le Professeur Guisy, de l'Université

d'Athènes, signalait les chiffres suivants : Sur 86 cas de tuberculoses localisées sur différents points du corps, 43 fois on était en présence de lésions initiales.

Plus près de nous, si nous examinons la statistique de Marion, nous voyons que sur 96 malades atteints de tuberculose génitale, chez 84 la tuberculose avait été primitive et la seule localisation du processus tuberculeux de l'organisme.

Cette forme pathogénique semble donc exister, mais présente-t-elle semblable expansion chez le vieillard? Je répondrai tout de suite « non ».

Cette épididymite bacillaire n'est certes pas le pain quotidien des urologistes et ne se trouve pas très fréquemment.

Bien que Dufour n'ait point rencontré un seul cas de tuberculose génitale chez 104 malades âgés qu'il observa à Bicêtre, on ne peut pas en conclure que la tuberculose génitale n'existe pas chez le vieillard.

(Je crois pour ma part que cet auteur a eu la main singulièrement malheureuse!).

Augagneur et Mollière eurent plus de chance puisqu'ils virent, à l'Hôtel-Dieu, 3 malades âgés respectivement de 70, 67 et 68 ans.

Baillet et Cruveilhier signalent des cas chez des sujets de 72 ans.

On cite aussi des tubercules épididymaires à 62 ans (Rockwell, New-York, *Medecine Journal*, 1885).

Reclus, dans sa thèse, nous entretient d'un vieillard de 72 ans.

Mais, si Gibson opéra un octogénaire, « le record » n'en appartient pas moins à Lejars, qui opéra un homme de 85 printemps, qui, d'ailleurs, guérit.

La bacillose génitale existe donc réellement chez le vieillard, mais les observations citées ci-dessus ne sont pas assez détaillées pour qu'il soit possible d'affirmer que nous sommes en présence de tuberculose primitive.

Dans son livre de *Pathologie externe*, Schwartz émet l'opinion que, chez le vieillard, la tuberculose ne saurait être pri-

mitive, mais secondaire; elle dériverait d'atteintes urinaires profondes... C'est aller un peu loin.

Ce modeste travail voudrait simplement montrer qu'il existe aussi une tuberculose primitive du vieillard, que cette tuberculose débute par l'épididyme, mais, avant de citer les observations que nous avons sous les yeux, il nous faut parler du problème pathogénique.

PATHOGENIE — ETIOLOGIE

Comment le bacille tuberculeux arrive-t-il à l'épididyme ?

Plusieurs théories cherchent à nous l'expliquer, et ce problème pathogénique serait intéressant à résoudre, car de sa solution découlerait un traitement rationnel. La théorie de *l'infection par les lymphatiques est la suivante* : D'après la structure anatomique du réseau lymphatique sous-muqueux de l'urètre, et considérant que celui-ci communique avec celui du canal déférent et, par conséquent, avec celui de l'épididyme, il est possible que l'infection se fasse par cette voie.

Cette théorie n'a jamais été prouvée; il faudrait admettre que chaque épидидymite débute par une urétrite tuberculeuse, et nous savons que l'inflammation du canal urétral par le bacille de Koch est une rareté. Et nous ne nous arrêterons pas plus longtemps à cette pathogénie.

Cayla, dans sa thèse de Paris, 1887, avait une interprétation assez personnelle de l'infection, infection toujours rénale, « qui descendait le cours de l'urine et remontait celui du sperme ». Cette théorie trop absolue contient cependant une part de vérité, comme nous le verrons tout à l'heure.

Deux théories restent alors en présence, l'une faisant venir l'infection par la circulation sanguine (voie hématique), l'autre par le canal déférent (voie muqueuse).

A. — INFECTION PAR LA VOIE MUQUEUSE.

Dans cette théorie, les bacilles arrivés au carrefour des vésicules séminales et de la prostate seraient charriés par voie rétrograde, déférentielle jusqu'à l'épididyme et au testicule.

Les plus ardents défenseurs de cette interprétation furent :

en France, Guyon, Lancereaux, Legueu; à l'étranger, Kocher, Kœnig, Keyes...

Legueu (*Presse médicale*, 1906) affirme que la pathogénie ne peut être que déférentielle, car :

- 1° La lésion est prédominante à la queue de l'épididyme;
- 2° il constata parfois de la déférentite avant l'atteinte épididymaire.

Il appuie ses arguments de l'expérimentation de Paladino-Blandini et de Hansen.

Paladino-Blandini, déposant au méat urétral d'un cobaye, le *Bacillus prodigiosus*, en dix-huit heures, ils le retrouvent au niveau de l'épididyme; ce microorganisme a donc pu suivre la voie déférentielle.

Pour le bacille de Koch, mêmes résultats; en trente heures, il est dans l'épididyme.

Hansen dépose des bacilles de Koch au niveau du rein; neuf fois sur douze, et cela chez les animaux mâles, seulement, il y a production d'épididymite. L'expérience ne réussit pas chez des femelles, car chez ces dernières, les voies génitales ne sont pas en rapport avec les voies urinaires; chez le mâle, au contraire, l'urètre postérieur est, dans sa portion prostatique, un véritable carrefour où s'ouvrent les canaux éjaculateurs. C'est là que le canal déférent est venu en quelque sorte chercher le bacille qui, plus tard, a cheminé vers la glande génitale et l'a infectée.

Donc, le bacille de Koch est arrivé au carrefour prostatique, mais d'où vient-il ?

Pour Legueu, son origine est presque toujours *rénale* : il descend des voies urinaires supérieures. Mais ne pourrait-il arriver des voies urinaires inférieures ? Du méat ?

Théorie soutenue par Verneuil, elle fut reprise par Conheim, Verchères, Fernet.

Ainsi, le coït avec une femme tuberculeuse, ou du moins ayant des lésions tuberculeuses des voies génitales, pourrait être l'occasion d'infection. Si cette théorie était exacte, on

contracterait une épididymite, exactement suivant le mode de contamination blennorragique !

Elle ne peut être acceptable, car les lésions tuberculeuses génitales de la femme sont rares, et l'épididymite bacillaire se rencontre à un âge où le petit malade n'a pas encore goûté à l'acte vénérien.

Je sais bien qu'un auteur ingénieux a tourné la difficulté en affirmant que la contagion est possible par le coït *ab ore* avec une femme tuberculeuse, par la salive par conséquent, contenant des bacilles.

Hypothèse sans doute un peu osée !

Devons-nous accepter cette théorie d'origine muqueuse ?

Après Vintici et Constantinesco, Mombaerts et La Roche, dans une statistique publiée en 1930 (*V. Journal d'urologie*) et portant sur 375 cas, ont prouvé de manière quasi irréfutable qu'il y a souvent association de bacillose épididymaire et de tuberculose rénale.

La voie muqueuse descendante expliquerait donc certains cas d'épididymite bacillaire, mais elle ne peut les expliquer tous.

Examinons, maintenant, la théorie d'origine sanguine.

B. — INFECTION PAR LA VOIE SANGUINE.

Soutenue par Lecène entre autres. Ce serait un foyer pulmonaire, pleural ou même ganglionnaire, qui serait le point de départ du bacille tuberculeux. Lorsque nous sommes en face d'une épididymite manifestement secondaire à une infection tuberculeuse nettement connue, c'est une pathogénie qui ne peut prêter à aucune discussion. La voie d'infection est sanguine.

Mais cette même théorie s'applique également à des cas de tuberculose génitale primitive, que beaucoup d'auteurs se refusent à reconnaître, mais que l'observation oblige cependant à admettre.

Les défenseurs de cette théorie doivent reconnaître qu'il y a un foyer originel qu'il est souvent impossible de déterminer

cliniquement, ou que le bacille a pénétré dans l'organisme par le pharynx ou l'intestin, sans provoquer à sa porte d'entrée un « foyer proprement dit d'inoculation ».

Dès son entrée dans les tissus, le bacille de Koch serait emporté par le torrent circulatoire; il y aurait en somme « bacillémie sanguine » et localisation première dans la glande génitale.

L'expérimentation va prouver que cette théorie est admissible :

Jani, en inoculant le testicule d'un cobaye avec du B. K., arriva à déterminer régulièrement des lésions épидидymaires prépondérantes.

De même Brunner, à la suite de recherches anatomo-pathologiques, affirme que les lésions du canal déférent vont en diminuant d'intensité au fur et à mesure qu'on s'éloigne du testicule et qu'on se rapproche des vésicules séminales.

Baumgarten, en 1901, fit lui aussi des expériences sur le cobaye. Il inocule le bacille tuberculeux dans la tête ou la queue de l'épididyme, après avoir fait une ligature au-dessus du point inoculé; il constate que l'infection tuberculeuse se propage le long du canal déférent selon le cours du sperme et atteint ainsi la prostate au bout de quatre à cinq semaines.

Nous concluons donc :

Si, dans quelques cas, l'infection suit la voie muqueuse et vient du rein (théorie de Legueu), dans la majorité des cas, elle se produit par la voie sanguine.

On a parlé de l'influence de la misère physiologique, des blennorrhagies, des excès vénériens comme causes prédisposantes.

Tout cela ne nous semble pas avoir une grosse importance étiologique dans l'épididymite bacillaire du vieillard, mais, peut-être, faut-il croire à l'influence des chocs répétés et de légers traumatismes.

Si Gosselin n'admettait guère leur importance, Reclus en apporte deux exemples assez nets et dit : « Le tubercule n'est pas dû au coup, mais à l'*inflammation consécutive au coup.* »

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

EPIDIDYME. — Les lésions prédominent au début et longtemps sur l'épididyme, recouvrant parfois comme un cimier de casque le bord postérieur du testicule.

Il est bosselé de nodosités jaunâtres, encore crues ou déjà fluctuantes. A la coupe, à la tête ou dans le reste de l'organe, on voit soit des masses crues d'un blanc jaunâtre opaque, soit de véritables petites cavernes emplies d'une sorte de bouillie puriforme.

Il arrive aussi que la tranche montre un aspect alvéolaire, logettes limitées par des travées, qui sont parfois vides, parfois occupées par de la matière purulente.

Ces alvéoles ne sont que des dilatations pathologiques des circonvolutions du tube épидидymaire.

TESTICULE. — Quand il est touché, les lésions prédominent sur le corps d'Highmore. Au début, tranchant sur le tronc jaune chamois du testicule, on voit des granulations d'un blanc laiteux. Plus tard, ces petits points s'agglomérant, forment des tubercules plus ou moins volumineux. D'abord ces noyaux sont crus, puis il se produit un ramollissement central donnant une sorte de petit abcès froid; si le tissu conjonctif ambiant prolifère, ces foyers ramollis peuvent s'enkyster; mais, ordinairement, il y a ouverture à l'extérieur et fistulation de l'abcès caséeux.

CANAL DÉFÉRENT. — Quand il est atteint par le processus tuberculeux (nous savons qu'il est des cas où il conserve toute sa souplesse et paraît indemne, cliniquement), le canal déférent peut présenter deux sortes de lésions. Ou bien ces lésions vont en diminuant d'intensité de l'épididyme aux vésicules

séminales, ou bien il est le siège d'épaississements nodulaires en chapelet.

De même que ceux de l'épididyme, il arrive que ces noyaux (mais c'est cependant assez rare) peuvent se caséifier et se vider à l'extérieur.

VAGINALE. — La vaginale est fréquemment atteinte. Quelquefois, elle est le siège d'un épanchement séreux, abondant, qui est symptomatique de petites lésions épididymaires. D'autres fois elle s'épaissit et, par cloisonnements, donne naissance à des loges qui renfermeront des petits épanchements enkystés d'un liquide séreux ou séro-purulent.

On y trouve une forte proportion de mononucléaires.

Son inoculation tuberculisera le cobaye.

SCROTUM. — Dans les formes à fistule, le scrotum montre des orifices, dont le siège de prédilection est en arrière du testicule, dans le segment inférieur. Ces fistules ont des orifices en cul-de-poule; les bords sont violacés; par la suite, une cicatrice indélébile sera la preuve de leur existence.

On pourra percevoir dans l'épaisseur des tissus une sorte de cordon partant de l'épiderme et se continuant jusqu'à la glande génitale, cordon correspondant au trajet oblitéré de la fistule.

OBSERVATIONS

OBSERVATION I.

(Empruntée au Docteur LE CLERC, *La Clinique*, 1909.)

L'observation suivante concerne un vieillard de 71 ans, homme solide, n'ayant jamais été malade.

X... fut pris tout à coup, au commencement de novembre 1905, de douleurs lancinantes dans le testicule droit, qui augmenta rapidement de volume. Ce gonflement diminua peu à peu en même temps que disparaissaient les phénomènes généraux (frissons, fièvre, malaise général, inappétence) qui en avaient marqué le début.

Consécutivement, le canal déférent, qui n'avait pas été pris tout d'abord, se tuméfia en présentant des nodosités caractéristiques.

Le 2 décembre se formait un abcès au niveau de l'épididyme.

Le 5 décembre, ouverture de l'abcès.

Le 15 décembre, castration.

L'épididyme est infiltré d'abcès miliaires et de granulations tuberculeuses. Le testicule présente dans le corps d'Highmore des granulations jaunâtres.

Le canal déférent est bosselé et tuméfié jusqu'à 2 centimètres au-dessus de l'épididyme; il est souple au niveau de sa section, qui est pratiquée en plein trajet inguinal.

Le malade allait très bien, lorsque, le 30 décembre, il éprouva une poussée congestive du côté de l'épididyme gauche, avec gonflement douloureux à la pression et douleurs lancinantes s'irradiant le long du cordon, le tout sans phénomènes généraux.

Le 6 janvier, l'épididyme gauche est encore tuméfié, mais n'est plus douloureux.

J'ai revu mon opéré au mois d'octobre 1909. La guérison s'est maintenue parfaite.

OBSERVATION II.

(M. le Docteur ORAISON, *Gaz. hebd. des sc. méd. de Bordeaux*, 1904.)

Tuberculose primitive de l'épididyme chez un vieillard de 70 ans.

Bien que la tuberculose épидидymaire soit aujourd'hui d'observation courante, j'ai cru intéressant de vous en rapporter un nouveau cas, pour lequel j'ai eu l'occasion d'intervenir dernièrement et qui présente certaines particularités.

Il s'agit d'un cultivateur âgé actuellement de 70 ans et dans les antécédents de qui on ne trouve rien à relever. Les père et mère sont morts très âgés, l'un d'accident, l'autre d'hémorragie cérébrale; il a 8 frères et sœurs, tous vivants et bien portants. Ses grands-parents sont arrivés également à un très grand âge.

Personne dans sa famille n'a jamais présenté la plus légère manifestation bacillaire. Lui-même est marié à une femme qui a aujourd'hui 76 ans et dont la santé est parfaite. Il n'a pas eu d'enfants. Il n'a jamais été malade : sa forte constitution lui a permis, au contraire, de faire toutes les campagnes du Second Empire, y compris celle de 1870, après laquelle il a été libéré. Pas d'antécédent vénérien, pas de syphilis, pas d'alcoolisme.

La maladie actuelle remonte exactement au mois d'août 1903. A cette époque, le malade se froisse légèrement le testicule gauche en se baissant et ne ressent qu'une douleur insignifiante disparaissant très rapidement. Deux ou trois jours après, il constate, par hasard, que la queue de l'épididyme gauche est très modérément sensible au toucher.

Préoccupé de ce fait, il palpe soigneusement ses bourses tous les jours, et c'est ainsi que vers le commencement de septembre il trouve, au niveau de la queue de l'épididyme gauche, un petit nodule gros comme un pois très dur, très peu douloureux et ne présentant aucune connexion avec les téguments sus-jacents.

Ce petit nodule augmente peu à peu de volume sans déterminer

le moindre phénomène douloureux et arrive finalement à acquiescer, en février 1904, les dimensions d'une belle olive, dimensions qu'il ne dépassera plus. Mais, à partir de ce moment, la peau commence à glisser plus difficilement sur la tumeur; elle change de coloration, devient violacée et éclate au mois d'avril, en laissant écouler une très petite quantité de pus séreux, tenant en suspension de la matière caséuse. Ce petit abcès ne s'est pas reformé depuis.

C'est alors que le malade consulte son médecin, qui lui ordonne une pommade. Au bout de trois ou quatre jours de l'application de cette pommade, l'épididyme droit tout entier se met à grossir sans donner lieu à aucune réaction. En même temps, se produit un épanchement dans la vaginale, épanchement se formant très rapidement.

Le malade, quoique n'ayant pas maigri et ayant conservé un état général parfait, se préoccupe beaucoup de ce qu'il appelle son infirmité. C'est dans ces conditions qu'il m'est adressé par son médecin, en juin 1904.

En découvrant les organes génitaux, ce qui frappe tout d'abord, c'est le volume de la bourse droite, qui offre les dimensions du poing environ, et la forme ovoïde ordinaire des épanchements dans la vaginale. Rien de particulier du côté des téguments, qui ont conservé leurs caractères normaux.

Du côté gauche, on voit au niveau de la queue de l'épididyme une tuméfaction grosse comme une olive à peu près, de forme un peu irrégulière, recouverte par une peau violacée et percée d'un orifice fistuleux, d'où s'écoule un peu de sérosité louche.

Au toucher, on constate que cette peau est épaissie et très adhérente au niveau de l'orifice fistuleux. Au-dessous des téguments, on sent une masse dure, inégale, bosselée, faiblement douloureuse, se continuant nettement en haut avec l'épididyme, qui paraît présenter ses caractères habituels. Le testicule semble avoir conservé sa consistance normale, sauf en un point très limité avoisinant la queue de l'épididyme. Le canal déférent n'est pas augmenté de volume, pas bosselé, pas douloureux; il est resté souple.

Du côté droit, la peau a conservé sa mobilité, mais l'épididyme

est volumineux dans toute son étendue; il offre les dimensions d'une très grosse amande : il est très dur, inégal, bosselé, très peu sensible. Le testicule semble normal, quoique mou. Le canal déférent ne présente rien de particulier. La transparence au niveau de l'épanchement n'est pas très nette.

L'urètre et la vessie sont en parfait état. Le toucher rectal montre une prostate très légèrement augmentée de volume, mais lisse, de consistance normale et égale partout, pas douloureuse. Rien du côté des vésicules séminales.

Rien non plus du côté des autres organes. État général excellent.

Considérant l'âge du malade (70 ans), son vif désir d'être débarrassé de son mal, tout en conservant ses testicules, la localisation épидидymaire très nette (au moins cliniquement), je propose l'épididymectomie double, qui est acceptée.

L'opération est pratiquée le 3 juillet suivant les règles habituelles. Du côté droit, le feuillet pariétal de la vaginale est très épais et recouvert de granulations. Je profite de l'occasion pour le réséquer totalement. Le liquide ne présentait rien de particulier. Je sépare ensuite l'épididyme du testicule et je résèque, par précaution le déférent aussi haut que possible, bien qu'il parût absolument sain.

Du côté gauche, la vaginale contenait une faible quantité de liquide. J'enlève également le feuillet pariétal, puis l'épididyme dans sa totalité, bien que la tête et le corps ne présentassent rien d'anormal, comme me l'avait montré l'examen clinique.

Au niveau de la queue, je fus obligé de réséquer une partie du testicule, qui était dur et bosselé, et je terminai aussi par la résection du déférent, qui n'était pas plus malade que celui du côté opposé.

Les suites opératoires furent très simples et le malade partit guéri douze jours après l'intervention.

L'examen anatomo-pathologique pratiqué par M. Nadal au laboratoire de M. le Professeur COYNE montra qu'il s'agissait bien de tuberculose, mais que les déférents ne présentaient aucune lésion, ni à leur naissance, ni plus haut, et que le corps et la tête de l'épididyme gauche étaient absolument sains.

Les particularités intéressantes qui paraissent se dégager de cette observation sont les suivantes :

1° La lésion a débuté par la queue de l'épididyme gauche et y est restée localisée, le corps et la tête n'étant pas frappés par le processus tuberculeux;

2° La lésion est devenue rapidement bilatérale et a envahi d'emblée la totalité de l'épididyme droit, laissant intacte la plus grande partie de celui du côté gauche, frappé cependant le premier;

3° Les déférents, la prostate, les vésicules séminales et la vessie ont conservé leur intégrité malgré la rapidité relative de l'évolution et la bilatéralité de la lésion. Ce fait est possible et a déjà été constaté, mais il est rare, au point que Lance-reaux niait complètement la tuberculose primitive de l'épididyme et que Monod et Terrillon affirment que les lésions des vésiculés ou de la prostate précèdent presque toujours cliniquement les lésions épididymaires.

OBSERVATION III.

(Prise dans le service de M. le Professeur DUVERGEY

[Docteur BLANC].)

C... (Auguste), 70 ans, entre à l'hôpital, le 21 septembre, pour une bourse augmentée de volume avec fistule.

Début. — Il y a deux mois environ, le malade s'aperçoit, un matin, que sa bourse gauche est augmentée de volume. Le testicule a présenté un développement progressif sans phénomène douloureux, jusqu'à devenir de la grosseur d'une orange, puis il diminue légèrement de volume, en même temps qu'il y a production d'une fistule.

Antécédents. — Rien à signaler. Crache cependant depuis la cinquantaine.

A l'examen le malade paraît fatigué.

Testicule droit. — Nodule dur du « globus major ».

Testicule gauche. — Augmenté de volume avec une peau rouge et amincie.

A la face externe, fistule à bords décollés, à fond pâle et purulent, laissant sourdre un pus séreux et peu épais. Au palper, le testicule est adhérent au scrotum, dur; l'épididyme fait corps avec le reste de la tumeur. Le canal déférent est dur et rigide.

La prostate et les vésicules séminales ne présentent aucune lésion.

Les urines sont claires.

Le 23 septembre, opération sur le testicule gauche (Dr Blanc). L'épididyme est complètement caséifié. Le processus ulcéro-caséeux tuberculeux a envahi également le testicule, qui est très atteint.

Devant l'importance des lésions, l'âge du malade, la nécessité d'une intervention très rapide, on estime tout à fait superflu d'essayer un traitement conservateur, assez illusoire et destiné à laisser une nouvelle fistule, et la castration est pratiquée.

Suites opératoires normales.

OBSERVATION IV.

(Prise dans le Service de M. le Professeur DUVERGEY

[Docteur BLANC].)

P. (Paul), 65 ans, envoyé par le Docteur Blanc, à qui il a été adressé, entre à l'hôpital, le 13 octobre, parce qu'il présente une bourse augmentée de volume et douloureuse.

Début. — Il y a deux mois, à la suite d'un choc à bicyclette, par une douleur ressentie au testicule droit, douleur qui, d'ailleurs, n'attire pas spécialement l'attention du malade.

Quinze jours après, il remarque à droite une augmentation de volume de l'épididyme, qui s'accroît chaque jour, et quand il se palpe il ressent une certaine douleur. La bourse droite finalement est devenue grosse comme le poing, les téguments restent normaux, le testicule est induré.

Il y a trois semaines, à gauche, début d'une induration de la queue de l'épididyme, douloureuse à la palpation, petite nodosité qui acquiert bientôt le volume d'une noisette.

Pas de symptômes urinaires, mictions normales, urines claires.

Examen. — A droite : Bourse volumineuse avec abcès antéro-inférieur non fistulisé et téguments adhérents tout autour.

Volumineux épидидyme induré cravatant le testicule. Déférent induré.

On ne sent pas d'hydrocèle, mais la vaginale semble épaissie et indurée.

A gauche : Noyau épидидymaire de la queue, dur, irrégulier, indolore et du volume d'une noisette. Le toucher rectal révèle une prostate normale.

Opération (le 16 octobre 1931, Dr Blanc). — Rachianesthésie.

1° Incision de la bourse droite : On pénètre dans l'enveloppe vaginale après hémostase des parties superficielles.

Pas de liquide d'hydrocèle.

Abcès au niveau de la tête de l'épididyme, qui est envahi dans sa totalité par du tissu fibreux.

Epididymectomie sans incident.

2° A gauche : volumineux abcès de la tête. L'épididyme semble avoir subi une torsion, ainsi que le cordon, et n'est plus parallèle au bord supérieur du testicule.

Epididymectomie sans incident.

Bref, épидидymectomie bilatérale.

L'examen anatomo-pathologique pratiqué au laboratoire du Professeur Sabrazès confirma le diagnostic de tuberculose.

OBSERVATION V.

(Communiquée par le Docteur BLANC.)

D..., 77 ans, nous est adressé, le 24 mai 1930, par le Docteur Cassard (de Périgueux).

Le malade a vu apparaître, il y a quatre ans, alors que son état général était très affaibli, une tumeur de la bourse droite progressive et indolore.

Au bout de deux ans, la tumeur avait complètement régressé, mais les mêmes phénomènes se reproduisirent alors du côté gauche.

Antécédents. — Aucun antécédent.

Les urines sont claires.

Le toucher rectal décèle un prostate normale.

Examen. — A droite : Epididyme augmenté de volume, dur, bosselé, avec un gros noyau de la queue.

Le canal déférent est induré, en tuyau de pipe.

A gauche : Même aspect de l'épididyme; on note en plus une fistule au niveau de la queue et une autre au niveau du canal déférent dans la région inguino-scrotale.

Diagnostic. — Bacillose épididymaire primitive bilatérale.

En raison de l'ancienneté des lésions, du processus fibreux non évolutif du grand âge du malade, nous estimons l'intervention discutable, et le malade, d'ailleurs, refusant par avance toute espèce d'opération, nous nous rangeons à son avis.

SYMPTOMATOLOGIE TIRÉE DES OBSERVATIONS PRÉCÉDENTES

Chez un vieillard jouissant d'une santé somme toute acceptable et sans antécédents bacillaires, après un froissement ou un léger traumatisme ou spontanément, se développe un noyau tuberculeux dans l'épididyme.

Parfois ce développement fut précédé de certains prodromes : écoulements peu abondants et non douloureux, troubles de la miction, qui n'attirent guère l'attention du malade, voire même une légère hématurie.

Ce nodule se produit parfois rapidement et avec douleurs : c'est la forme aiguë (assimilable à la tuberculose galopante du testicule décrite par Duplay), qui s'accompagne de quelques phénomènes généraux (malaise, fièvre, inappétence).

Dans d'autres cas, au contraire, le tubercule se développe lentement sans que le malade y prenne garde, et le vieillard ne le découvre, un jour, que par hasard : c'est la forme chronique, qui d'ailleurs se rencontre le plus fréquemment.

Une légère blennorrhée peut accompagner ce processus.

Au bout d'un temps variable, on aboutit au noyau tuberculeux caractéristique. D'une grosseur variant de celle d'un pois à celle d'un poing, ce noyau n'occupe pas un siège fixe dans l'épididyme.

On pourra le trouver dans la queue aussi bien que dans la tête.

Tantôt il s'agit d'un noyau unique, arrondi; tantôt les noyaux sont multiples : deux ou trois échelonnés le long de

l'épididyme. D'autres fois, il ne s'agit plus, à proprement parler de noyaux, l'épididyme est augmenté tout entier.

Généralement, c'est une petite masse dure, bosselée, de consistance irrégulière, avec des points ramollis et d'autres résistants, masse faiblement sensible à la palpation, pouvant, suivant la classique comparaison, « recouvrir le testicule en « cimier de casque » ou le déborder en bas, « tel un soulier à la poulaine ».

Le sillon interépididymo-testiculaire n'est pas toujours perceptible à la palpation. L'envahissement du testicule est relativement rare. Dans ce cas, il se produit au niveau du corps d'Highmore. La glande génitale conserve souvent sa souplesse, mais un hydrocèle, habituellement peu abondant, peut rendre la palpation malaisée.

Dans l'observation du Docteur Oraison, le malade présentait un canal déférent ayant conservé ses caractères normaux; les trois dernières observations, au contraire, nous indiquent un canal déférent dur, « en tuyau de pipe ».

Le toucher rectal doit montrer une prostate et des vésicules séminales intactes.

Dans la forme aiguë, il arrive que le noyau bacillaire continue à évoluer. Il se forme un abcès.

La peau du testicule s'amincit, devient rouge violacé et, finalement, se rompt.

Cet éclatement de la peau provoque une ulcération laissant sourdre un pus séreux contenant des grumeaux, qu'Astley Cooper prenait uniquement pour des spermatozoïdes.

Ce liquide purulent est analogue à celui qui s'écoule des abcès froids.

Cette ulcération est une fistule tuberculeuse au fond sanieux, aux bords décollés.

Cette fistule se produit presque toujours à la face postérieure des bourses, parfois sur la face externe. (Le siège antérieur, dans l'observation IV, s'explique par une torsion de l'épididyme).

Rarement, il est vrai, mais dans ces cas particulièrement

heureux, cette fistule, qui n'est d'ailleurs pas toujours unique, peut guérir d'elle-même, mais une cicatrice régulière en sera la signature indélébile.

Comme dans la bacillose épididymaire de l'adulte, la forme bilatérale n'est pas rare : un côté peut suivre un processus aigu, l'autre une évolution chronique (obs. IV).

DIAGNOSTIC DIFFERENTIEL

Avec quelles autres affections l'épididymite bacillaire du vieillard peut-elle être confondue ?

Nous savons qu'elle peut revêtir une forme aiguë et une forme chronique.

Dans la forme aiguë, des *mycoses* génitales peuvent donner le change pour une épididymite bacillaire, mais on ne les rencontre pas fréquemment, et le traitement à l'iodure de potassium aura tôt fait le départ.

Le *colibacille* peut, lui aussi, toucher l'épididyme. Il donne souvent des symptômes analogues au bacille de Koch; comme lui, il peut provoquer des fistules, mais qui guériront sans laisser de traces.

Cependant l'épididymite colibacillaire succède brutalement à un état morbide qui peut se découvrir dans les antécédents; mais si le colibacille produit parfois, comme le B. K., des symptômes urinaires et de l'irritation de l'urètre postérieur, les urines claires, renfermant de nombreux microbes incriminés, nous aideront parfois à faire le diagnostic.

Un vieillard présente une nodosité de l'épididyme. Ne serait-ce pas quelque *tumeur maligne*?

Les *néoplasmes* sont d'une extrême rareté : la littérature n'en signale que quelques rares cas, d'ailleurs on discute encore sur leur existence. Chevassu avoue n'en avoir jamais rencontré dans sa carrière médicale.

En pratique, une tumeur nettement épидидymaire n'est pas néoplasique, mais une bacillose épидидymaire, ayant atteint le testicule, pourra exceptionnellement faire songer à un néoplasme du testicule.

Ce dernier n'offre pas les bosselures caractéristiques de la

tuberculose, il est généralement plus volumineux, rarement adhérent au scrotum; la peau des bourses, qui n'est pas amincie, présente une vascularisation particulière.

L'épididyme n'est pas un lieu d'élection pour le spirochète de la *syphilis*.

Cependant, dans sa forme tertiaire, la vérole frappera dans la glande génitale le testicule; dans sa forme secondaire, qui n'est d'ailleurs pas fréquente, il y aura atteinte de l'épididyme à la tête.

L'existence d'adhérences plaiderait en faveur de la tuberculose, mais elles n'existent guère en dehors des suppurations.

Faisons une prise de sang pour un Bordet-Wassermann.

En pratique, le diagnostic le plus fréquent est à faire d'avec un « noyau gonococcique ».

Ce dernier a son siège de prédilection à la queue de l'épididyme. Peut être unique, mais on peut cependant en trouver plusieurs. Ils sont plus lisses, moins bosselés que les noyaux tuberculeux. Ordinairement l'*épididymite blennorrhagique* est une affection très aiguë qui s'accompagne de douleurs vives, fréquemment d'un abondant épanchement dans la vaginale, et qui fut précédé d'un écoulement urétral.

Mais, d'une part, si l'on rencontre une forme d'épididymite bacillaire douloureuse, l'hydrocèle se rencontre aussi fréquemment (moins abondant, il est vrai, quand il existe) et l'écoulement urétral peut fort bien n'être qu'une urétrite bacillaire.

On a dit que l'acuité de la douleur était en faveur de la blennorragie, mais ce signe, vrai pour une première chaude-pisse, perd singulièrement de sa valeur dans une seconde ou troisième réinfection.

Le pus à bacilles de Koch est cependant différent de celui à gonocoques.

Le premier est semi-translucide, peu abondant, séro-purulent; le second est formé de grosses gouttes opaques et verdâtres. Un Gram, un bleu de méthylène, voire même une sper-

mo-culture ou une inoculation au cobaye, seront des moyens d'investigation auxquels on pourra avoir recours.

D'ailleurs, n'oublions pas que ces deux affections peuvent atteindre simultanément l'épididyme (obs. XII de la thèse de Tambareau [Paris 1929] et Petersen [Copenhague] : *Nordistch. med. arch.*, 1871).

Nous ne voudrions pas terminer ce chapitre sans insister sur un point :

De même qu'un varicocèle est souvent symptomatique d'un néoplasme rénal, n'oublions pas qu'une épididymite bacillaire que l'on peut croire faussement primitive, et partant d'un pronostic bénin, peut n'être parfois que le signal d'alarme d'une bacillose rénale avancée et qui serait d'un avenir infiniment plus sombre pour le malade.

PRONOSTIC

Suivant la forme, le pronostic à porter sera légèrement différent.

Dans la forme chronique, le vieillard peut être porteur d'un petit noyau tuberculeux depuis fort longtemps, sans qu'aucun symptôme n'attire son attention sur ce point.

L'évolution se faisant donc avec une extrême lenteur, dans un endroit nettement localisé, ne produira que des signes insignifiants ou qui pourront même manquer totalement, le nodule tuberculeux tendant de lui-même à la sclérose.

On conçoit qu'une telle forme soit d'un pronostic particulièrement favorable, c'est bien là le type de « *quiet disease* » dont parle Paget.

La forme aiguë, au contraire, avec douleurs violentes, phénomènes généraux et évolution plus rapide, est d'un pronostic un peu plus sérieux.

L'envahissement du testicule, éventualité rare, peut cependant se produire.

La production d'une ou de plusieurs fistules peut ouvrir une porte à l'infection par l'apport de nouveaux microbes. On conçoit aussi que la forme bilatérale est d'un pronostic plus sérieux que la forme monolatérale.

Cependant, même dans les cas aigus, l'épididymite bacillaire primitive du vieillard n'est pas d'un pronostic grave, car l'intervention chirurgicale guérira le malade presque à coup sûr.

TRAITEMENT

Dans bien des cas, la tuberculose épидидymaire primitive chez le vieillard reste discrète. Affection parmi les plus bénignes des localisations tuberculeuses, elle peut rester sans suppurier et, au bout d'un certain temps, guérir cliniquement et anatomiquement.

L'évolution lente, sans phénomène douloureux, fait que certains vieillards sont porteurs d'un noyau épидидymaire sans qu'ils le sachent, et ils n'ont ainsi, même s'ils le découvrent par hasard, aucune raison d'aller consulter leur médecin.

Cependant, le malade, à la vue de cette lésion, peut vouloir s'en débarrasser. Le traitement sera-t-il médical ou chirurgical ?

Le traitement médical est certainement capable d'amener la guérison dans certaines formes bénignes, cependant nous ne pouvons pas accepter la conclusion trop absolue du Professeur Carlo Gamberini, de Bologne, qui, au Congrès de chirurgie de 1927, avance que « le traitement médical est le seul capable d'apporter la guérison dans le plus grand nombre des cas, à quelque moment que ce soit de l'évolution anatomo-pathologique du processus ».

Quelles sont les grandes lignes de ce traitement médical ?

Il faudra relever l'état général du malade et traiter le terrain plus que la lésion elle-même.

La cure héliο-marine, la suralimentation, la recalcification, le phosphore, l'iode, l'arsenic, seront recommandés.

On peut conseiller les eaux chlorurées sodiques (Salies-de-Béarn, Salins...).

Le professeur Marion estime que les rayons ultra-violets possèdent une efficacité remarquable.

Etant donné un foyer caséux de l'épididyme, on a essayé

le traitement par des injections à l'éther iodoformé ou créosoté ou à base de chlorure de zinc (Prof. Chavannaz, à Bordeaux).

Les résultats thérapeutiques nous semblent précaires. D'ailleurs ce traitement médical est long et onéreux. Le malade, s'il travaille encore, ne peut pas toujours s'y astreindre; il demandera au chirurgien de le soulager.

Dans l'épididymite à évolution rapide, avec douleurs violentes, fistulisations qui courent le risque de s'infecter plus tard, que faudra-t-il faire ?

Après avoir soulagé le malade par le traitement médical (repos au lit, testicule reposant sur une planchette ouatée, compresses chaudes laudanisées), on pratiquera l'intervention.

Dans l'épididymite bacillaire de l'adulte, l'opération partielle (*épididymectomie*) et l'opération radicale (*castration*) furent la cause d'une longue discussion au Congrès de chirurgie de 1899.

Cette divergence d'opinions existe encore de nos jours, et si l'épididymectomie est très en faveur en France avec Marion et son Ecole, les étrangers, surtout les Allemands, paraissent donner une légère préférence à la castration.

L'épididymectomie, d'après certains auteurs, favoriserait plus que la castration la fistulisation post-opératoire.

Mais dans l'atteinte primitive tuberculeuse de l'épididyme chez le vieillard, point n'est besoin de tant discourir.

Dans les cas nettement limités, qui sont d'ailleurs les plus fréquents, on pratiquera l'épididymectomie.

Si le testicule est légèrement atteint, cette opération pourra encore être pratiquée, car la rétrocession de l'atteinte testiculaire se fait parfois après l'intervention (Duplay-Marion).

Si l'épididymectomie semble malaisée, si le testicule paraît nettement envahi, la castration, opération simple et rapide, sera faite de préférence. Pourquoi, en effet, chez un vieillard, vouloir conserver un testicule « moral » qui serait sans utilité et pourrait être, un jour, la source de suppurations interminables ?

CONCLUSIONS

I. — La tuberculose épididymaire primitive chez le vieillard existe réellement.

II. — Elle est sans doute plus fréquente qu'on ne le croit, car souvent, par sa bénignité, elle n'attire pas l'attention des malades.

III. — Elle peut revêtir une forme aiguë ou chronique, être mono ou bilatérale.

IV. — Elle est d'un pronostic généralement bénin (elle évolue souvent vers une sclérose spontanée).

VI. — La forme douloureuse, l'évolution rapide, la présence de fistules susceptibles de s'infecter secondairement, nécessiteront un traitement qui doit être chirurgical : épididymectomie généralement, castration dans certains cas particuliers.

VU, BON A IMPRIMER :

VU : *Le Doyen,*

Le Président,

C. SIGAŁAS.

J. DUVERGEY.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER :

Bordeaux, le 2 décembre 1934.

Le Recteur de l'Académie,

F. DUMAS.

BIBLIOGRAPHIE

- ALESSANDRI. — Thèse de Paris, 1924.
- ANGER. — Thèse de Paris, 1907.
- ARNAL. — Thèse de Lille, 1899.
- BOUANA. — Thèse de Lyon, 1923.
- Bulletins et Mémoires de la Société de chirurgie de Paris*, 1899.
- CALOT. — Congrès international de la tuberculose, 1925.
- CAYLA. — De la tuberculisation des organes génito-urinaires. Paris, 1886.
- CHALLIER. — Thèse de Bordeaux, 1905.
- COCURAT. — Thèse de Montpellier, 1919.
- Congrès d'urologie*, 1927.
- CONSTANTINESCO et VINTICI. — Rapports de la tuberculose génitale et de la tuberculose rénale. *Ann. des mal. des organes génito-urinaires*, 1930.
- COOPER. — Traité des maladies du testicule.
- COQUIN. — Epididymite colibacillaire. Thèse Bordeaux, 1930.
- DARGET. — *Gaz. hôp.*, 1924.
- DELBET. — *Progrès méd.*, Paris, 1923.
- Epididymite bacillaire. *Rev. gén. clin. et thérap.*, 1921.
- *Bull. méd.* 1914, p. 699.
- DELLI SANTI. — *Riforma medica*, 26 août 1903.
- DUPLAY et RECLUS. — Traité de chirurgie, 1899.
- DUVERGEY. — De l'épididymectomie dans la tuberculose génitale. *Gaz. hebd. des sc. méd. de Bordeaux*, 1922.
- DELORE et CHALLIER. — La tuberculose génitale. Paris, 1920.
- DUMONT (Léon). — La tuberculose testiculaire est-elle locale ? Thèse de Paris 1899-1900.

- FERNET. — L'infection tuberculeuse par les voies génitales. *Bull. et Mém. de la Soc. méd. des hôp. de Paris*, 1885.
- FONTAN. — Evolution et pronostic de la tuberculose génitale. *Monde méd.*, 15 novembre 1919.
- HARTMANN. — Organes génito-urinaires.
- HAMONIC. — De la tuberculose de l'épididyme et du testicule. *Rev. andr. et gynéc.*, Paris, 1900.
- JEANBREAU. — Pathologie chirurgicale.
- LANCEREUX. — Tuberculose primitive des organes génitaux. *Ann. des mal. des organes génito-urinaires*, Paris, 1883.
- LECÈNE. — *Bulletins et mémoires de la société anatomique*, 6 juin 1906.
- LECLERC. — Tuberculose testiculaire. *La Clinique*, Paris, 1909.
- LEGUEU. — *Presse méd.*, juin 1906.
- Traité chirurgical : Urologie.
- *Journ. des prat.*, 1907.
- LE FUR. — Maladies du testicule.
- MONOD et TERRILLON. — Traité des maladies du testicule, 1889.
- MO MBAERTS et LAROCHE. — Tuberculose rénale et épididymaire. *Journ. urol.*, 1930.
- MARION. — Leçons de chirurgie urinaire de Lariboisière. De l'épididymectomie. *Presse méd.*, févr. 1923.
- Traitement de la tuberculose génitale. *Journ. d'urol.*, juin 1923.
- ORAISON. — Tuberculose primitive de l'épididyme chez un vieillard de 70 ans. *Gaz. hebd. des sc. méd. de Bordeaux*, 1904.
- PALADINO-BLANDINI. — Pathogénie des épididymites. *Ann. des mal. des organes génito-urinaires*, 1900.
- PÉAN. — Leçons de clinique chirurgicale. Paris, 1888.
- PÉTROVITCH. — Thèse Toulouse, 1922.
- RECLUS. — Du tubercule du testicule et de l'orchite tuberculeuse. Thèse de Paris, 1876.
- SCHWARTZ. — Pathologie chirurgicale.
- TAMBAREAU. — Thèse de Paris, 1929.
- TEIRLINK. — Sur un cas de tuberculose primitive de l'épididyme. In *Union*, Paris, 1852.

TÉDENAT. — Cliniques de Montpellier.

TERRILLON. — Pronostic de la tuberculose primitive du testicule.

Journ. des mal. des organes génito-urinaires, 1883.

VILLARD. — Rapports de la tuberculose génitale chez l'homme avec les autres manifestations tuberculeuses. Thèse de Lyon, 1893.

VASSEROT. — Thèse de Montpellier, 1919.

VRIAMONT. — Tuberculose testiculaire primitive chez un vieillard.

Ann. Soc. médico-chirurg. de Liège, 1896.

